|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ГКУЗ Медицинский информационно-аналитический центр Калининградской области»от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**СОГЛАСИЕ**

**на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество субъекта персональных данных)

в соответствии с п. 4 ст. 9 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ «О персональных данных», зарегистрирован по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование документа, №, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе)

в целях реализации положений постановления Постановление Правительства Калининградской области от 02.04.2018 № 170 «Об установлении порядков и размеров выплаты при первом трудоустройстве в государственные медицинские организации Калининградской области и компенсации расходов на оплату найма жилого помещения жилищного фонда коммерческого использования, расположенного на территории Калининградской области, медицинским работникам, имеющим высшее профессиональное образование, среднее профессиональное образование» даю согласие **ГКУЗ «Медицинский информационно - аналитический центр Калининградской области»** (г. Калининград, ул. Клиническая, д. 74), на обработку и хранение моих персональных данных, а именно:

паспортных данных, данных о семейном положении, данных об образовании (наименование учебного заведения, год окончания, специальность), пола, данных о текущих и прежних местах и периодах работы (службы), включая общий стаж работы, стаж работы в отрасли и стаж работы в должности, информации о заслугах, а также банковских реквизитах, то есть на совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Я согласен с тем, что обработка моих персональных данных производится в полном соответствии с требованиями Федерального закона от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

Мое согласие на обработку персональных данных и их использование в качестве общедоступных для целей, указанных в настоящем согласии, является бессрочным до особого распоряжения, сделанного мной в письменной форме.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. |  |  |  |  |
|  |  | (подпись) |  | (Ф.И.О) |